

Дифференциальная диагностика заболеваний ВНЧС. Методы обследования при заболеваниях височно- нижнечелюстного сустава.

Подготовила студентка 505 п.г
Большатова М.Р.

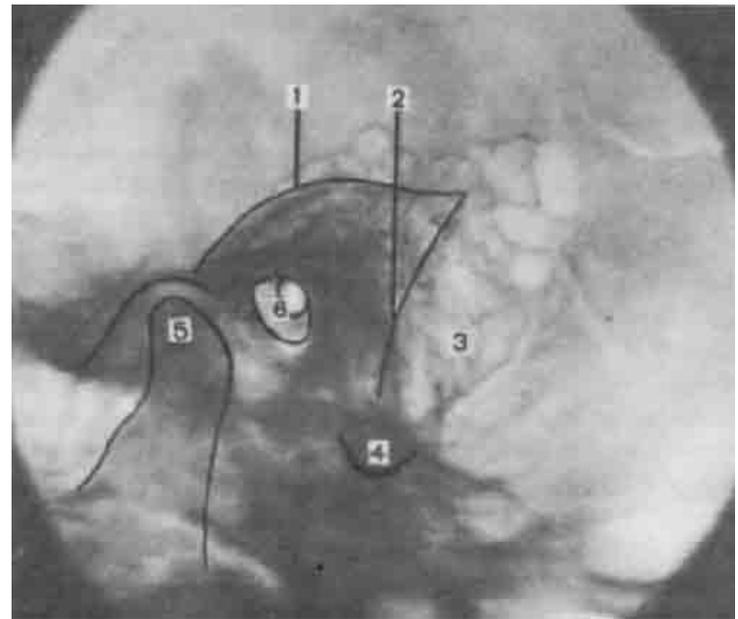
Дифференциальная диагностика

проводится с острым артритом, синдромом болевой дисфункции сустава, невралгией тройничного нерва, деформирующим остеоартрозом. Для болевой дисфункции ВНЧС характерны такие симптомы: односторонняя боль в области уха с иррадиацией в другие области головы, усиливающаяся днем, в особенности при еде, боль в жевательных мышцах и ограниченное открывание рта или смещение нижней челюсти при открывании рта в здоровую сторону. Клинических и рентгенологических изменений ВНЧС не наблюдается. Контролем правильности поставленного диагноза является тот факт, что после блокады двигательных ветвей тройничного нерва возле подвисочного гребня по методу Берше снимается мышечный спазм и улучшается подвижность нижней челюсти. При невралгии тройничного нерва наблюдается приступообразная боль, чаще в области II и III ветвей. Обычно приступ возникает при раздражении триггер-ных зон в области крыльев носа, щек, подбородка, нижней и верхней губ. То есть прослеживается четкая взаимосвязь между возникновением боли и раздражением триггерных зон.

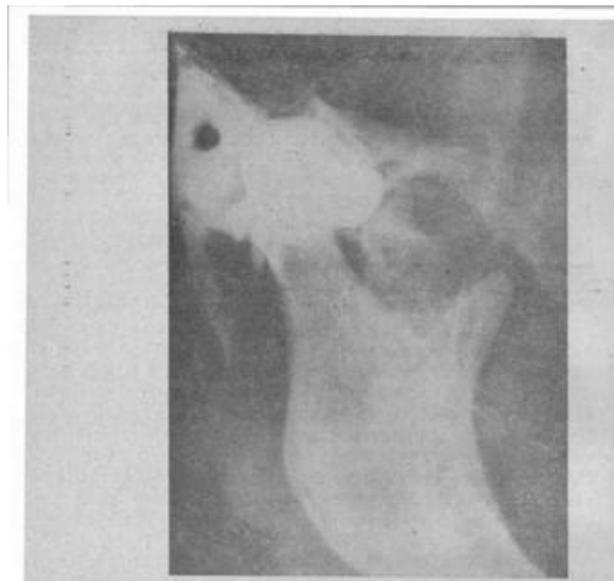
Рентгенография височно-нижнечелюстного сустава.

Чаще других используется укладка по Шюллеру . Целесообразно выполнение этого исследования для уточнения положения головки нижней челюсти в суставной ямке в положении центральной окклюзии. Рентгенография выполняется справа и слева, положение челюсти при смене сторон меняться не должно. Перед проведением исследования необходимо обучить пациента правильному смыканию зубов. Больного укладывают на стол в положении на животе; голова укладывается на бок, на кассету; подбородок поддерживается кулаком. Рентгеновская трубка устанавливается сверху и сзади под углом 45 градусов к боковой поверхности головы. Зубные ряды должны быть плотно сжаты в положении центральной окклюзии. Рентгенограммы по Шюллеру дают представление и об изменениях костных структур сустава. Проведение данного исследования с открытым ртом, для оценки экскурсии головок нижней челюсти, в большинстве случаев нецелесообразно.

- При рентгенографии по методу Шюллера, определяются размеры верхней и задней суставных щелей, характер смещения суставной головки при открывании рта, однако неизбежны проекционные искажения.



- На рентгенограммах, снятых по методу Парма, форма костных элементов сустава значительно отличаются от анатомических. При рентгенографии с закрытым ртом, суставная щель и контуры суставной ямки не выявляются, так как перекрываются тенью костных образований. Верхний полюс головки обнаруживается только на снимках с открытым ртом, поэтому невозможно установить соотношение элементов сустава при смыкании челюстей в центральной окклюзии. Ценность снимка в возможности определения резких деформаций суставной головки.



Линейная томография ВНЧС

может выполняться как
во фронтальной, так и в
сагиттальной

плоскостях; чаще
прибегают к последней.

Глубина

среза в среднем 1,5 см.

Томограммы более
информативны при
выявлении костной
патологии (переломы,
артроз, опухоли) по
сравнению с
рентгенограммами.



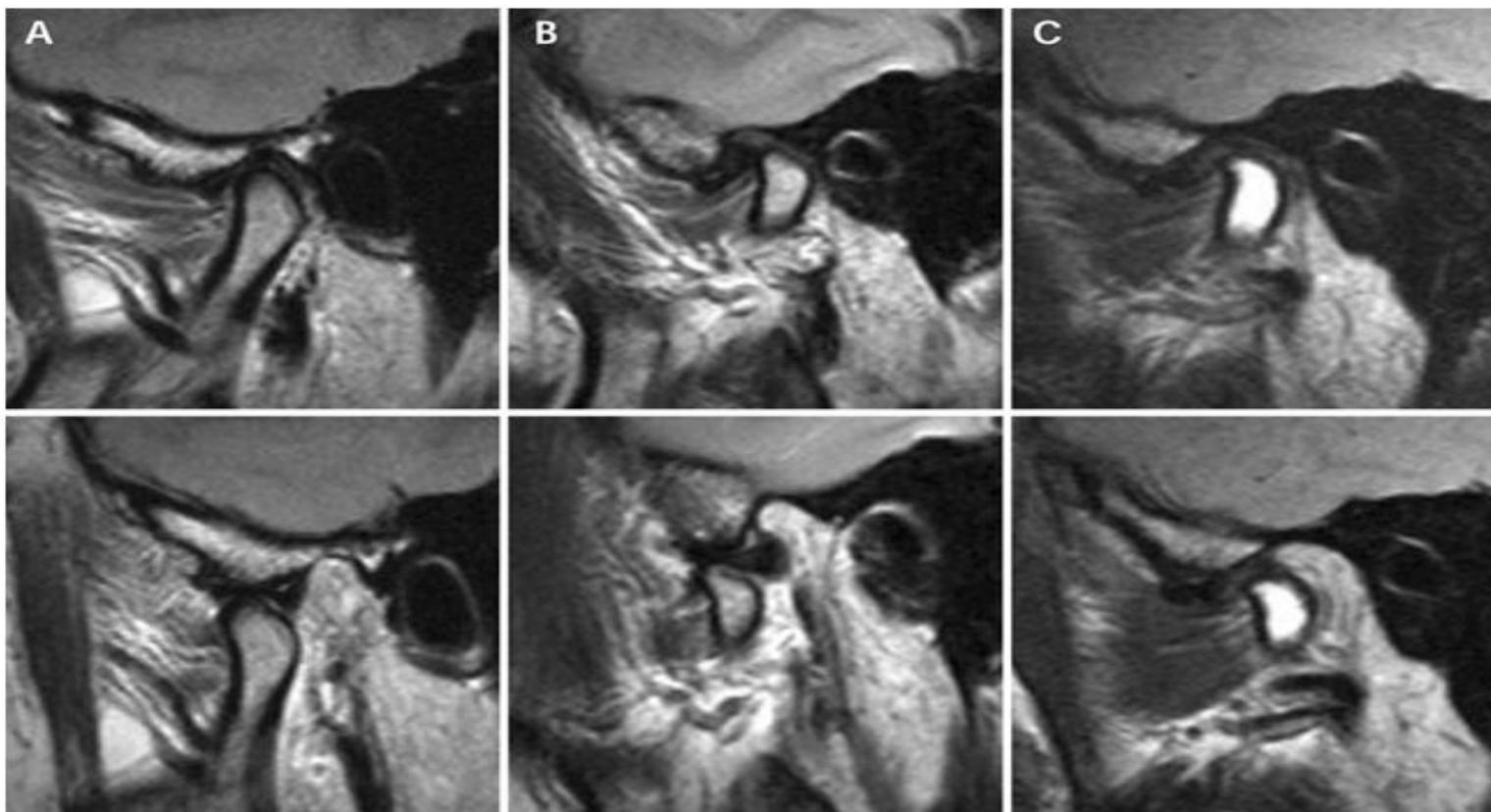
Линейная томография
правого ВНЧС: артроз

Наряду с линейной томографией используется
ортопантомография ВНЧС, на которой
отображаются оба сустава. Однако взаимоотношение
костных элементов сустава при данном методе
исследования отображается в искаженном виде



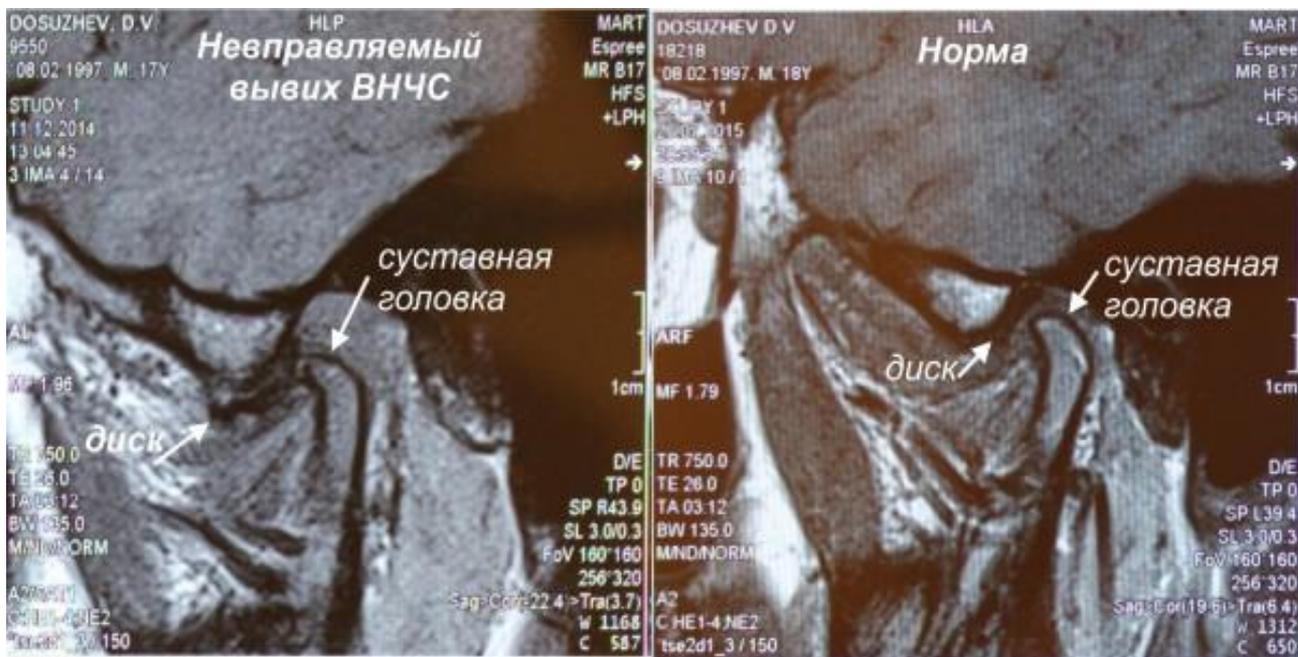
В ортопедической стоматологии томограммы снимают при смыкании челюстей в центральной окклюзии, а также при физиологическом покое нижней челюсти.

Для получения идентичных томограмм используют специальные приспособления, фиксирующие голову в определенном положении.



Магнитно-резонансная томография (МРТ)

Данная методика позволяет выявить дислокации суставного диска, выпот в полость сустава, изменения в суставных хрящах, мягкотканые опухоли сустава и околочелюстных тканей, гипертрофию жевательных мышц. Основными показаниями для проведения МРТ являются подозрение на невправляемое смещение суставного диска, опухоли сустава и подвисочной ямки, упорные боли в суставе, не поддающиеся традиционной терапии.



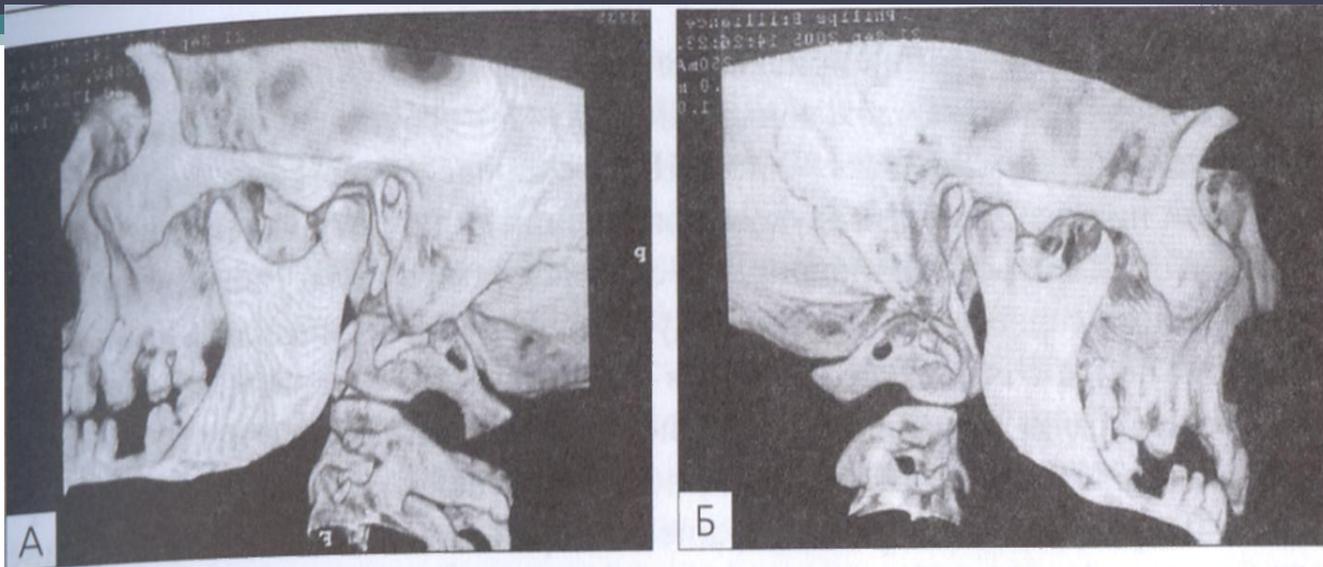
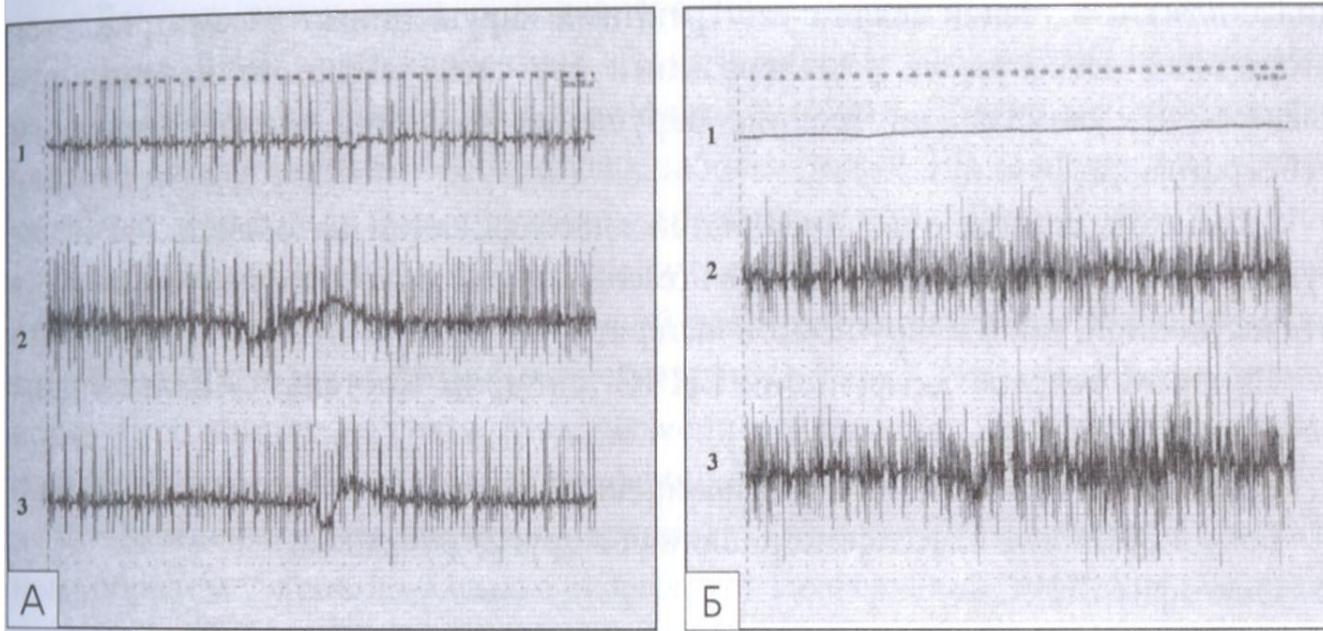


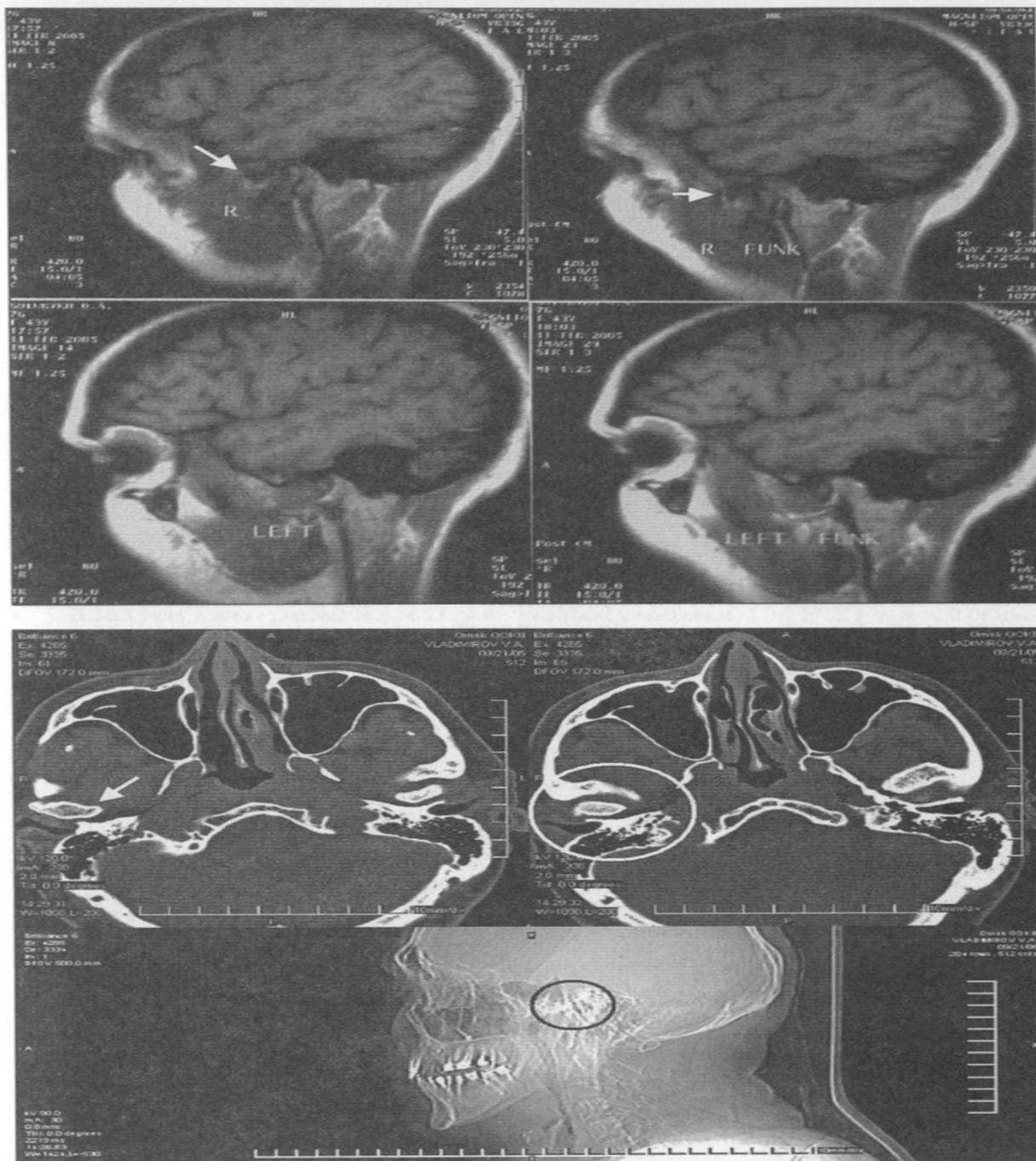
Рис. 19. Трехмерная реконструкция спиральной томографии ВНЧС больного В.



Электромиограммы
 латеральной
 крыловидной мышцы
 у пациента с
 синдромом
 Болевой дисфункции
 ВНЧС (рис. А) и в
 норме (рис. Б):
 1 - в покое (на рис. А
 определяется
 спонтанная
 электрическая
 активность);
 2 - при
 максимальном
 сжимании челюстей;
 3 - при жевании (на
 рис. А - разреженный
 характер ЭМГ,
 свидетельствующий о
 быстром
 утомлении мышцы)

МРТ правого (сверху) и левого (снизу) ВНЧС с закрытым (слева) и открытым (справа) ртом. На томограммах правого ВНЧС суставной диск визуализируется кпереди от головки (обозначен белыми стрелками)

Рис. 1. Компьютерные томограммы ВНЧС больного В. (стрелкой указана головка нижней челюсти; кругом обведен височно-нижнечелюстной сустав)



Графические методы исследования ВНЧС



Лабораторные методы

В результате диагностической пункции сустава определяют качественный состав синовиальной жидкости и гистологическое исследование биоптата.

Для острого инфекционного артрита характерны увеличение СОЭ, лейкоцитоз, умеренная анемия. При хронических артритах выявляется повышение уровня гамма-глобулинов, фибриногена, серомукоида, определяется С-реактивный белок. Центральное место в диагностике ревматоидного артрита занимают иммуносерологические реакции: Валера–Роуза, РФ-латекс-тест, применение коммерческого диагностикума РФ-ДРФ. В крови пациентов с подагрическими артритами выявляется гиперурикемия (уровень мочевой кислоты в сыворотке крови более 0,40 ммоль/л, при 0,12–0,24 ммоль/л в норме). Лабораторные показатели при артрозах обычно не изменяются. Если остеоартроз осложняется реактивным синовитом, то возможны умеренный лейкоцитоз, повышение СОЭ до 20–25 мм/ч и уровня показателей острой фазы воспаления (сиаловые кислоты, С-реактивный белок, нейраминная кислота, α 2-глобулины).

Для синовиальной жидкости при артритах характерны ее низкая вязкость, плохой муциновый сгусток, высокий цитоз (до 50000 клеток в 1 мм³). При гистологическом исследовании биоптата синовиальной оболочки в последней определяются признаки хронического синовита пролиферативного типа с развитием грануляционной ткани с плазмноклеточной реакцией и лимфогистиоцитарной инфильтрацией. При инфекционных артритах имеет значение бактериологическое исследование синовиальной жидкости. Абсолютный признак подагры — кристаллы уратов, обнаруженные в синовиальной жидкости. При остеоартрозах синовиальная жидкость не воспалительного характера прозрачная или слабо мутная, хорошей вязкости, муциновый сгусток плотный, небольшое количество клеток в 1 мкл синовиальной жидкости (от 500 до 5000), причем нейтрофилы составляют менее 50 %. В отдельных случаях обнаруживаются фрагменты хрящевой ткани.